

Enfermagem no APH

► Coordenador da Comissão Nacional de Urgência e Emergência do Cofen fala sobre desafios e evoluções da enfermagem no pré-hospitalar

A paixão pela urgência e emergência pré-hospitalar iniciou com o escotismo ao receber a primeira instrução de primeiros socorros, em 1986. De lá para cá a atuação na área se deu tanto no universo civil quanto militar. Com passagem no SAMU e Exército, o enfermeiro Eduardo Fernando de Souza atuou no setor seja como intervencionista, instrutor, coordenador ou gestor.

Atualmente, ele Coordena a Comissão Nacional de Urgência e Emergência do Cofen (Conselho Federal de Enfermagem), cuja prioridade no âmbito do pré-hospitalar “é qualificar a assistência prestada ao paciente crítico, por meio da elaboração de legislações que normatizem as ações da enfermagem no ambiente pré-hospitalar e regulamentar a implementação das Práticas Avançadas para o Enfermeiro que atua na Urgência e

Emergência Pré-Hospitalar brasileira”.

A pandemia da COVID-19 ilustra bem a prioridade do Cofen quanto ao foco legislativo. “Construímos um arcabouço de ações para amparar os profissionais de enfermagem que estavam na linha de frente, e dentre elas foi a Resolução 633/2020 que normatizou a atuação dos profissionais de enfermagem no Atendimento Pré-hospitalar (APH) móvel Terrestre e Aquaviário, quer seja na assistência direta e na CRU (Central de Regulação das Urgências)”, destaca. Nesta entrevista, o coordenador fala sobre a realidade, desafios e evoluções da enfermagem no APH.

Por Paula Barcellos

COMO E POR QUE O SENHOR SE INTERESSOU PELA ÁREA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA E EM ESPECIAL PELO APH?

Minha paixão pela área iniciou em 1986 quando entrei para o Escotismo e recebi a primeira instrução de Primeiros Socorros. Já em 1987, conquistei a especialidade de Primeiros Socorros dentre tantas outras. Em 1994, quando ingressei no Exército

Brasileiro, o treinamento sobre Higiene e Primeiros Socorros tinha como foco principal as três medidas salva-vidas (estancar a hemorragia, proteger o ferimento e prevenir o choque) e transporte de feridos. Porém, foi em maio de 1995, durante a intervenção militar na Refinaria de Paulínia/SP devido à greve dos petroleiros, que atuei em uma emergência de trauma e percebi que, além de conhecimento técnico (teóri-

co e prático), faltavam equipamentos, pois as ambulâncias do exército eram básicas demais (possuíam somente um cilindro de oxigênio e uma maleta com medicamentos e material para curativos), necessitando de materiais específicos para realizar um atendimento adequado. A partir deste episódio, iniciei uma busca incansável por capacitação, quando em outubro de 1995 consigo a tão sonhada vaga para fazer o Curso de Técnico de Emergências Médicas

PERFIL

EDUARDO FERNANDO DE SOUZA

Graduado em Enfermagem pela Faculdades Integradas Einstein de Limeira, em 2006, Especialista em Urgências, Emergências e Terapia Intensiva pela Universidade de Ribeirão Preto – UNAERP, em 2008, e Pós-graduando em Gestão de Saúde – UNIP. Atualmente, Coordena a Comissão Nacional de Urgência e Emergência do Cofen (Conselho Federal de Enfermagem), é Conselheiro do Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo (Coren/SP) e membro do Comitê Gestor de Crise COVID-19. Atuou como Assessor Técnico da OPAS (Organização Panamericana da Saúde) na República Dominicana, em 2017, e foi Consultor Técnico da CGUE (Coordenação Geral de Urgência e Emergência) do Ministério da Saúde de 2009 a 2014. Possui experiência nacional e internacional na Coordenação de Equipes Assistenciais Multidisciplinares em Desastres e Emergências de Saúde Pública.



- TEM 180 horas, no então 7º Grupamento de Incêndio (atual 7º Grupamento de Bombeiros) na cidade de Campinas/SP. Juntamente com o Sargento do Exército, Anderson de Almeida Faria, fomos os precursores da 11ª Brigada de Infantaria Blindada a concluir o Curso de Técnico de Emergências Médicas pelo Corpo de Bombeiros da Polícia Militar do Estado de São Paulo e receber com muita honra o “Brevê do Resgate”. Após esta conquista pessoal, tinha o dever de repassar os conhecimentos adquiridos aos militares do Exército. Não foi fácil devido às questões hierárquicas e os protocolos desatualizados da época, mas, em 1997, com o apoio do SAMU Campinas e dos Bombeiros do 7º GI, realizamos o 1º Curso de Pronto Socorrismo na 11ª Brigada de Infantaria. Em 1998, com autorização do General Luiz Reis de Mello, do imprescindível e fundamental apoio do João Geraldo Varino (*in memoriam*) e dos amigos Tenente Josué Marcos Cardoso e do Sargento Roberto Nochang Carneiro, transformamos uma Ambulância Toyota (Tipo A) em uma Ambulância (Tipo C) “Resgate”, contendo todos os itens de uma Unidade de Resgate, inclusive materiais para salvamento terrestre, aquático e em alturas. Era um veículo 4x4 podendo atender qualquer tipo de emergência em qualquer lugar, com estrutura interna para ser transformada em (Tipo D) UTI Móvel caso fosse necessário. Até 1998, não havia registro de outra ambulância deste tipo no Exército. Desde então, se passaram 25 anos de atuação na Urgência e Emergência Pré-hospitalar, seja como intervencionista, instrutor, coordenador e gestor.

COMO COORDENADOR DA COMISSÃO NACIONAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO COFEN QUAIS TÊM SIDO AS PRIORIDADES PARA A ÁREA, EM ESPECIAL PARA A ENFERMAGEM NO APH EM NÍVEL NACIONAL?

A nossa prioridade é qualificar a assistência prestada ao paciente crítico, por meio da elaboração de legislações que normatizem as ações da enfermagem no ambiente pré-hospitalar e regulamentar a implementação das Práticas Avançadas para o Enfermeiro que atua na Urgência e Emergência Pré-Hospitalar brasileira. Diante da Situação de Emergência de Saúde Pública de Interesse Nacional e Internacional ocasionada pela COVID-19, construímos um arcabouço de ações para amparar os profissionais de enfermagem que estavam na linha de frente, e dentre elas foi a Resolução 633/2020 que normatizou a atuação dos profissionais de enfermagem no APH (Atendimento Pré-hospitalar) móvel Terrestre e Aquaviário, quer seja



Para o SIV ser oficializado, precisamos, neste momento, que o Ministério da Saúde o reconheça como uma nova modalidade de APH

na assistência direta e na CRU (Central de Regulação das Urgências). Permanecendo a situação de emergência pela COVID-19, a Comissão apresentou várias Minutas de Resoluções e Notas Técnicas à Plenária do Cofen, as quais todas foram aprovadas e normatizaram procedimentos de enfermagem e medidas preventivas e de biossegurança. Entre elas: Resolução Cofen 641/2020 que normatiza a utilização de DEG (Dispositivos Extraglóticos) e outros procedimentos para acesso à via aérea por enfermeiros, nas situações de urgência e emergência, nos ambientes intra e pré-hospitalares; Resolução Cofen 648/2020 que dispõe sobre a normatização, capacitação e atuação do enfermeiro na realização da punção intraóssea em adultos e crianças em situações de urgência e emergência pré e intra-hospitalares; Notas Técnicas Conjunta com recomendações de Biossegurança no uso de Dispositivos Extraglóticos pelo Enfermeiro no Atendimento de Emergência e recomendações para o Atendimento de Pacientes Suspeitos ou Confirmados de Infecção pelo novo Coronavírus (Sars-Cov-2) pelas Equipes de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel.

O SIV É UM MODELO QUE VEM SENDO MUITO DEBATIDO PELA ÁREA DE APH. COMO O SENHOR ENXERGA A IMPORTÂNCIA DESTES MODELOS E QUE DESAFIOS DEVEM SER ENFRENTADOS PARA SUA IMPLANTAÇÃO?

O Suporte Intermediário de Vida é uma realidade praticada em diversos serviços desde 2004, com uma equipe composta por Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Condutor de Ambulância. Possui uma característica versátil e resolutiva na ausência do Suporte Avançado de Vida atuando com protocolos definidos e sob regulação médica. Este modelo de assistência vem ganhando força por ser uma alternativa na organização do nível de resposta às emergências pré-hospitalares, suprimindo a necessidade operacional de assistência ao paciente crítico na ausência de unidades de suporte avançado e dentro da característica de cada região do país. A nossa maior resolutividade assistencial pré-hospitalar se encontra no Suporte Avançado (Enfermeiro e Médico),

porém quando observamos o crescimento de cobertura populacional frente à regionalização dos serviços com a utilização de USB é preocupante frente à capacidade resolutiva desta modalidade tripulada por dois profissionais de nível médio. Por ser a mais disponível, a USB é a primeira e talvez a única resposta às solicitações de socorro, independente da gravidade do paciente. Outra situação temerária é o compartilhamento de uma única USA entre vários municípios pertencentes a uma Central de Regulação das Urgências. Este modelo utilizando dois tipos de competências (USA e USB) são os únicos modelos de resposta pré-hospitalar estabelecidos oficialmente no país pelo Ministério da Saúde desde 2002. Esta polarização deixa uma lacuna no atendimento aos pacientes críticos ou de risco desconhecido, pois quando o suporte avançado estiver empenhado ou indisponível, estes pacientes serão atendidos por uma USB, que é a nossa grande força de trabalho com menor resolutividade, que mesmo realizando um excelente trabalho, os cuidados necessários podem extrapolar suas prerrogativas profissionais, colocando o paciente em “risco assistencial”. Hoje, o SIV preenche esta lacuna e reúne competências que podem ocupar este espaço vago entre o Suporte Avançado de Vida e o Suporte Básico de Vida, pois a presença do enfermeiro confere maior capacidade de avaliação dos pacientes e realização de procedimentos restritos a protocolos definidos e sob regulação médica, com baixa incorporação de tecnologia e, conseqüentemente, maior segurança ao paciente, principalmente nos agravos crônicos agudizados e os tempo-dependentes. Para o SIV ser oficializado, precisamos, neste momento, que o Ministério da Saúde o reconheça como uma nova modalidade de APH, sendo mais uma Unidade de Suporte Móvel disponível para o atendimento às Urgências e Emergências no sistema de APH brasileiro público e privado. É preciso também estabelecer critérios de implantação, habilitação, operacionalização e custeio, visando garantir uma assistência segura tanto aos usuários dos serviços de APH quanto aos profissionais envolvidos na assistência e frente a uma realidade prática constatada de déficit de operacionalidade das ambulâncias de Suporte Avançado de Vida por diversas realidades.

NA SUA OPINIÃO, QUAL A REALIDADE E OS DESAFIOS DA ENFERMAGEM NO APH EM NÍVEL NACIONAL?

A nossa realidade já está posta e consolidada há tempos, porém a Enfermagem precisou de um cenário de emergência de Saúde



Terremoto no Haiti foi a ocorrência mais marcante para Eduardo

Pública mundial para demonstrar o seu valor e o seu protagonismo ao lado de outras profissões da saúde que atuaram na linha de frente à COVID-19. A Resolução Cofen 633/2020 foi a prova disto. Normatizamos a atuação da Enfermagem no APH da assistência às Centrais de Regulação das Urgências, seguindo as nossas competências dentro do exercício profissional com protocolos definidos e funções estabelecidas pelos serviços de APH. O nosso maior desafio é quebrar os paradigmas e mudar conceitos quanto à atuação do enfermeiro no APH quando houver ausência do profissional médico ou em situações que tenha mais de um paciente crítico na cena, e oferecer uma assistência qualificada nos casos em que se necessite de conhecimento técnico científico capaz de proporcionar a resposta mais adequada para o paciente, independente do profissional que esteja na cena.

E QUAIS AS EVOLUÇÕES?

Sem dúvida alguma, a maior evolução para a enfermagem pré-hospitalar brasileira foi o reconhecimento e valorização que o Conselho Federal de Enfermagem vem realizando por intermédio da Comissão Nacional de Urgência e Emergência, na normatização da atuação da enfermagem no atendimento pré-hospitalar em todos os níveis da assistência por meio de Resoluções, Notas Técnicas e Pareceres Normativos.

QUAL SUA AVALIAÇÃO QUANTO À LEGISLAÇÃO RELACIONADA À ATUAÇÃO DE ENFERMEIROS NO APH NO PAÍS?

Praticamente, hoje já temos resoluções do Cofen que amparam a atuação do enfermei-

ro no APH. Porém, até o primeiro semestre de 2021, a enfermagem brasileira terá um arcabouço legislativo completo para atuação no APH seja ele terrestre (Ambulâncias, Motolâncias e Veículos de Intervenção Rápida), aquático (Ambulancha) ou aeromédico (Asas Fixas ou Rotativas). As experiências nacionais e internacionais demonstram que a maior participação do enfermeiro na assistência garante o acesso oportuno do usuário ao sistema de saúde, impactando diretamente no modelo de atenção realizado nos grandes centros e nas áreas rurais e remotas, ampliando a satisfação das expectativas e de suas necessidades. Quanto ao Ministério da Saúde, falta a atualização da Portaria 2.048/2002, a inserção da Unidade de Suporte Intermediário de Vida como Tipo de Ambulância e o Suporte Intermediário de Vida como uma modalidade no APH.

O SENHOR ATUOU NO SAMU POR ALGUNS ANOS. PELA SUA EXPERIÊNCIA, COMO O SENHOR AVALIA A EVOLUÇÃO, DIFICULDADES E FUTURO DO ÓRGÃO NO PAÍS?

Segundo o Ministério da Saúde, o SAMU192 está presente atualmente, em 3.618 municípios, com 3.362 ambulâncias, sendo 2.747 Unidades de Suporte Básico (USB) e 615 Unidades de Suporte Avançado (USA). O país conta, ainda, com 252 motolâncias, 12 embarcações (ambulancha) e 14 aeromédicos regulados por 191 Centrais de Regulação. O SAMU teve um aumento na cobertura populacional nos últimos anos devido à ampliação da frota operacional. Porém, este crescimento em números tanto de municípios atendidos como novas equipes não foi acompanhado pelas legislações do Ministério da Saúde. Não vejo evolução sem atuali-

zação. Não podemos em 2020 estar seguindo um Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência de 2002, ou seja, sem atualização há 18 anos. Uma Portaria de incentivos financeiros para custeios de 2012 (Portaria 1.010 de 21 de maio de 2012). Este lapso temporal ocasionou uma desoneração do Sistema, muitos serviços para não fecharem acabam operando com o mínimo possível, prejudicando não só o usuário, mas a equipe e toda a Rede. O modelo brasileiro de atenção às urgências permanece fragmentado, subfinanciado e reativo às condições agudas ou à agudização das crônicas. Custos elevados afligem os municípios e é preocupante a baixa disponibilidade e/ou a baixa adesão de médicos nos serviços de urgência. Precisamos rediscutir o modelo de resposta, o modelo da Rede de Atenção e os incentivos financeiros para custeio, pois a transição demográfica eleva o percentual de idosos na população e traz os quadros repetitivos de agudização das condições crônicas para o convívio com as doenças tempo-dependentes e causas externas e infecciosas que já superlotam as portas de urgência.

O SENHOR TEM EXPERIÊNCIA NACIONAL E INTERNACIONAL EM DESASTRES E CALAMIDADES PÚBLICAS. PODERIA COMENTAR A IMPORTÂNCIA E O PAPEL DA ENFERMAGEM EM TRAGÉDIAS DE GRANDE AMPLITUDE?

A enfermagem é uma profissão importante como qualquer outra em uma situação de tragédias de grande amplitude. O profissional de enfermagem dentro do seu escopo de competências e que possua a expertise necessária pode atuar em todas as fases de eventos adversos de grande vulto, desde a redução do risco (prevenção, mitigação, preparação), do manejo do desastre (alerta e resposta) até a recuperação (reabilitação e reconstrução), apresentando-se como uma categoria importante e fundamental não só na assistência às vítimas, mas na gestão e redução do impacto sobre o sistema de saúde pública/privada. A atuação é dinâmica que pode ser integrando o Gabinete de Crise, na Coordenação do Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública-COES, compondo equipes multidisciplinares em todas as áreas da assistência, ofertar apoio às diversas áreas atuantes no cenário e realizar articulação e colaboração intersetorial e interinstitucional com todos os órgãos envolvidos na resposta.

COMO ATUANTE NO APH E COM EXPERIÊNCIAS EM GRANDES

DESASTRES, QUAL OCORRÊNCIA QUE LHE MARCOU? POR QUÊ?

Nestes 25 anos, presenciei inúmeras ocorrências marcantes, desde vítima única a múltiplas vítimas. Me recorde de várias, mas o Terremoto no Haiti, em 2010, pela sua magnitude, sem dúvidas foi marcante. O Terremoto ocorreu às 16h53min (horário local) 21h53min (horário brasileiro) do dia 12 de janeiro de 2010. Como o Governo Brasileiro era o responsável pela Missão das Nações Unidas para a Estabilização no Haiti - MINUSTAH, necessitava de uma rápida resposta humanitária. Na madrugada do dia 13 de janeiro recebi uma ligação do então Médico e Coordenador Geral de Urgência e Emergência do Ministério da Saúde, Clésio Mello de Castro, me colocando de sobreaviso juntamente com o médico José Eduardo Fogolin Passos, pois participaríamos como apoio técnico do Ministério na organização da resposta. Participamos de várias reuniões junto ao GSI (Gabinete de Segurança Institucional) da Presidência da República, seguimos para o Haiti com a missão de organização e distribuição das equipes de primeira resposta, na construção do fluxo de Evacuação e Transporte com Equipes da ONU e OMS, realizar o levantamento das necessidades logísticas, de recursos humanos e insumos, participar



até o primeiro semestre de 2021, a enfermagem brasileira terá um arcabouço legislativo completo para atuação no APH

no socorro dos feridos e nas Ações de Busca e Resgate em Estruturas Colapsadas com as equipes brasileiras. A nobre e difícil missão foi executada. Tínhamos apenas dois hospitais que não haviam sido atingidos (Hospital Militar da Argentina e o Hospital Infantil). A Força Aérea Brasileira estava montando seu Hospital de Campanha, e outros países e equipes voluntárias de resposta montavam suas estruturas de saúde para receber os milhares de feridos. Não tinha como organizar ou mesmo saber o que tínhamos de resposta para oferecer, muito menos a quantidade de feridos para atender, era surreal. Após as reuniões do Gabinete de Crise, apoiávamos as equipes de socorro brasileiras tanto no Hospital de Campanha da FAB como a equipe de Busca e Resgate em Estrutura Colapsadas do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal. No 16º dia, fomos escalados juntamente com o então Coronel Mé-

dico da FAB, Eduardo Camerini, a realizarmos a Evacuação Aeromédica para o Brasil de um Soldado do Exército Brasileiro que estava internado na República Dominicana. Foram dias intensos, relatos históricos que nunca sairão da memória. Aproveito este momento para agradecer a todos que não mediram forças para oferecer a maior resposta de salvamento de toda a história. Aos meus amigos do Exército Brasileiro e do CBMDF (Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal) que o destino fez com que trabalhássemos juntos nesta nobre missão e destacar o empenho de centenas de samuzeiros e bombeiros que se organizaram para integrar as equipes de resposta, mas, infelizmente, o nosso país não possuía uma estrutura e nem legislação definida para envio de equipes de resgate e médicas de resposta humanitária a desastres. Quero destacar o comprometimento dos médicos Clésio Mello de Castro, da CGUE/MS, e Rodrigo Caselli Belém do então SAMU/DF, e do Técnico de Enfermagem e hoje Médico Ivo Augusto Silveira - Sumaré/SP, e de tantos outros colegas de profissão que foram incansáveis nos trabalhos de bastidores, que por uma falha de comunicação não estiveram presentes, mas possuem a mesma honra e dignidade daqueles que lá estiveram. Muito obrigado!

calçado profissional antiderrapante

LANÇAMENTO!

Sapato Feminino Ref. **BB51**

CA nº43.784

Secretaria do Trabalho Governo Federal

Atende Norma NR-32

Grade nº 33 ao 40



BRANCO

ABNT NBR ISO 20.347/2015



PRETO



MEDICINA



MARINHO



ROSA



AMEIXA



BEGE

EPI MODERNO e CONFORTÁVEL

Sapatênis exclusivo, diferenciado, design inovador e super confortável

Sapatênis Ref. **BB81**

CA nº 43.860

Secretaria do Trabalho Governo Federal

ABNT NBR ISO 20.347/2015



BRANCO 1



BRANCO 2



MEDICINA



VERMELHO



PRETO 2



MARINHO



ROYAL



PRETO 1



BEGE



AMEIXA



ROSA

LANÇAMENTO!

Grade nº 34 ao 46



25 ANOS 1994 - 2019



Soft Works

PROFESSIONAL SHOES

(16) 3703 3240 epi@softworksepi.com.br

www.softworksepi.com.br

